

PRISE EN CHARGE DES ADOLESCENTS SOUVENT NON DEMANDEURS DE SOINS

Comment repérer chez les jeunes adolescents la consommation de cannabis ? Que faire ?

Geneviève Lafaye, Laurent Karila

Service d'addictologie, hôpital Paul-Brousse, AP-HP, 94800 Villejuif, France.
genevieve.lafaye@pbr.aphp.fr

L'adolescence est une période de confrontation et d'initiation aux substances psychoactives, le cannabis étant la substance psychoactive illicite la plus régulièrement consommée en France chez les 12-25 ans.¹

L'usage de cette substance a évolué vers une consommation devenue massive et des produits plus fortement dosés. Une des particularités de la population jeune est que, malgré le développement de l'offre de soins, elle y accède difficilement. En effet, pour ces adolescents, les usages de substances psychoactives s'accompagnent souvent d'un déni ou d'une faible perception des risques liés à cet usage. Ainsi, les premières consultations sont davantage à l'initiative de l'entourage du jeune, et de ses parents plus particulièrement.

Repérer et évaluer précocement l'usage problématique de cannabis est primordial, compte tenu des enjeux propres à la période adolescente et des conséquences sanitaires et sociales pouvant être liées à la consommation de cannabis. Il est donc nécessaire de développer le repérage précoce auprès des jeunes consommateurs en formant les intervenants de premier recours. Il s'agit également de développer la connaissance du dispositif de soins auprès des acteurs du soin primaire, qui, après repérage d'un usage problématique de cannabis, peuvent orienter ces jeunes de façon adaptée.

Repérage précoce

Cette démarche de repérage et d'intervention précoce doit être prioritaire pour donner une réelle efficacité à la prévention en matière d'addiction.^{2,3} De nombreuses études ont permis de mettre en évidence l'efficacité des messages de prévention destinés à des populations à risque. Ce repérage est une intervention non spécifique de première ligne qui consiste à proposer aux jeunes et à leurs familles un soutien pour repérer aussi précocement que possible leurs éventuelles vulnérabilités, les dommages liés à la consommation de cannabis et les aider à en prendre conscience.⁴

Les adolescents ont souvent une faible perception des risques liés aux consommations et en conséquence ne sont pas à la demande d'aide. Il est donc nécessaire d'adopter une attitude proactive et d'interroger systématiquement l'adolescent sur son éventuelle consommation de cannabis. Parfois la demande du jeune peut être spontanée, du fait de symptômes liés à sa consommation, mais, dans la plupart des cas, la consultation a lieu à la demande de l'entourage.

En toute hypothèse, l'essentiel des informations nécessaires au repérage et à l'évaluation de la consommation et de ses conséquences peut être obtenu par le dialogue et l'échange.

Même s'il n'existe pas de *gold standard* pour le repérage, l'évaluation et le dia-

gnostic de l'usage problématique de cannabis, il est de règle d'aborder différents points : la caractérisation du type de consommation, les signes cliniques et les complications d'un usage problématique, et enfin l'existence de facteurs de gravité.

Caractérisation du type de consommation

Selon les classifications internationales, les consommations de substances psychoactives étaient réparties en trois grands types de comportements : l'usage, l'abus (ou usage nocif) et la dépendance. La nouvelle édition du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V) combine en un seul diagnostic de « trouble d'utilisation de substance » les diagnostics d'abus et de dépendance du DSM-IV, avec un degré de sévérité du trouble qualifié de « léger, modéré ou sévère ». Cette nouvelle définition a pour conséquence le passage d'un modèle catégoriel à un modèle dimensionnel avec un continuum de degrés de sévérité plus proches des réalités cliniques.

Signes cliniques et complications d'un usage problématique

Dans le cadre d'une consommation régulière, le cannabis peut être à l'origine de complications somatiques, neurocognitives et psychiatriques (v. p... encadré Coscas).⁵

Sur le plan physique, les consommateurs rapportent principalement des

problèmes respiratoires (dyspnée, bronchites à répétition...).

Il est désormais démontré que la consommation de cannabis est associée à une altération des fonctions cognitives, l'atteinte étant variable en fonction des quantités consommées, de l'ancienneté et de l'âge d'initiation.

Le syndrome amotivationnel associe un retrait social, un détachement émotionnel, une perte d'initiative, ainsi que des altérations cognitives. Il serait également associé à une baisse du niveau scolaire et à un moindre niveau de formation. Les symptômes constituant le syndrome amotivationnel sont fréquemment retrouvés chez les sujets dépendants du cannabis, mais cette entité clinique reste controversée du fait d'éléments cliniques proches d'un trouble schizophrénique déficitaire ou de troubles cognitifs sévères en lien avec une consommation de cannabis.

Par ailleurs, des études ont montré l'existence d'une association entre la consommation de cannabis et certains troubles psychiatriques (troubles anxieux, dépression...). En conséquence, il est nécessaire de rechercher la présence de ces éventuels troubles chez les patients.

Facteurs de gravité

Enfin, la recherche de facteurs de gravité (v. tableau) associés (individuels, environnementaux ou liés aux modalités de consommation) est indispensable dans le cadre de l'évaluation de ces jeunes usagers.^{5,6} En effet, l'existence d'un ou de plusieurs facteurs de gravité oriente la prise en charge.

Place des questionnaires et des examens biologiques

Afin de faciliter cette démarche, le praticien peut s'aider d'outils spécifiques de repérage facilement utilisables, comme l'ADOSPA (ADolescents et Substances PsychoActives), le CAST (*Cannabis Abuse Screening Test*) ou le DEP-ADO (DÉPistage de consommation problématique d'alcool et de drogue chez les ADO-

TABEAU

Usage problématique de cannabis. Quels facteurs de gravité rechercher ?

Facteurs de gravité liés aux modalités de consommation

- Précocité des consommations
- Recherche systématique d'un usage de cannabis associé à d'autres produits psychoactifs (tabac, alcool, cocaïne, ecstasy, benzodiazépines...)
- Répétition des consommations
- Consommation à visée toxicomaniaque, avec recherche de « défonce » ou usage « auto-thérapeutique »

Facteurs de gravité individuels

- **Comorbidités psychiatriques** : troubles de l'humeur (dépression, trouble bipolaire...), troubles anxieux, troubles du comportement alimentaire, hyperactivité avec déficit de l'attention, troubles des conduites...
- **Événements traumatiques** : décès, séparation, abus, violences...
- **Traits de personnalité et de tempérament** : recherche de sensations, faible évitement du danger, recherche de nouveauté, forte réactivité émotionnelle, faible estime de soi, difficultés dans la gestion et l'expression des émotions...

Facteurs de gravité environnementaux

- **Facteurs familiaux** : évaluation du fonctionnement familial (relations instables, cadre éducatif défaillant...) et des habitudes de consommation au sein de la famille.
- **Rôle des pairs** : l'influence des pairs est particulièrement présente à l'adolescence avec un rôle important sur l'initiation d'une consommation, la consommation en groupe...
- **Problèmes sociaux** : perte de repères sociaux, échec scolaire, conduites délinquantes...

Certains facteurs, en association avec la consommation de cannabis, sont corrélés aux risques d'abus et de dépendance ainsi qu'à l'apparition de dommages psychiatriques, physiques et sociaux. D'après les réf. 5 et 6.

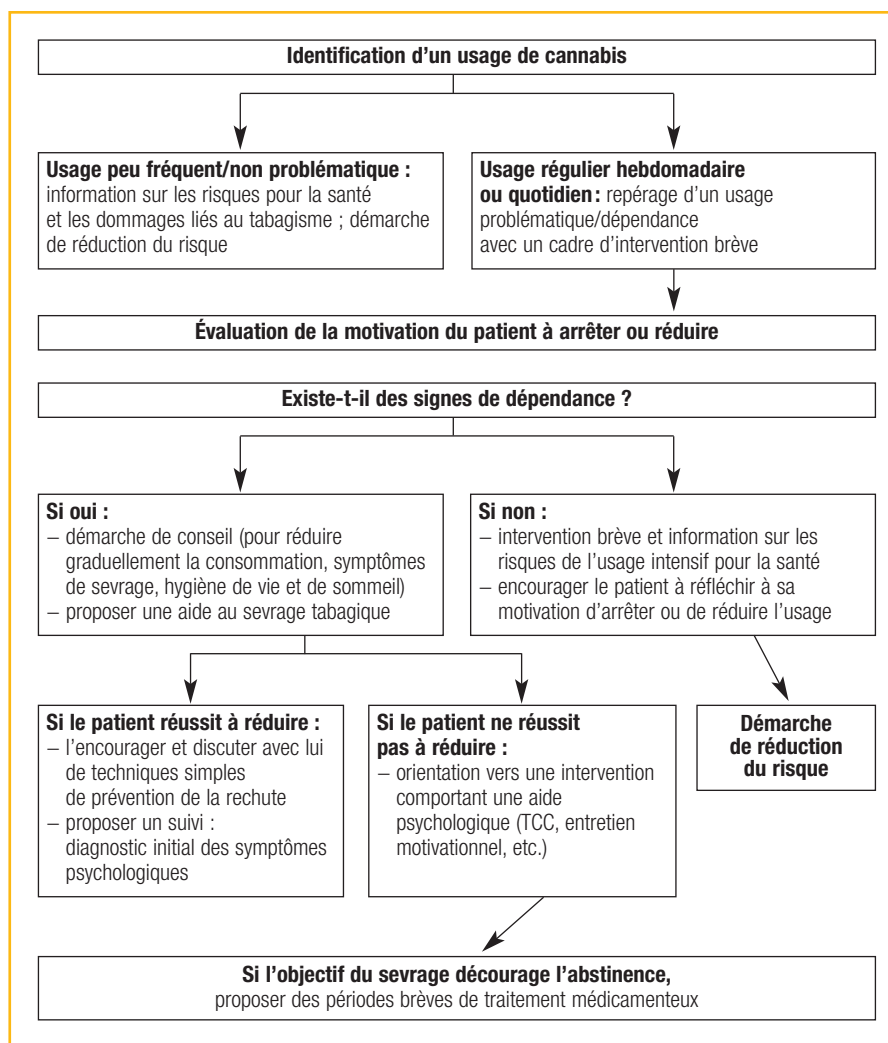
lescent[e]s). Un guide des principaux outils adaptés à l'adolescent a d'ailleurs été établi afin de faciliter leur usage.⁷ Ces différents questionnaires permettent un repérage rapide et non stigmatisant de l'usage problématique de cannabis, en aidant à identifier d'éventuels dysfonctionnements, voire des comportements à risque, corrélés à un usage de cannabis. Ce sont des outils brefs et simples d'utilisation, mais qui ne sauraient se substituer à l'évaluation clinique.⁷

Les examens biologiques, tels que les dosages des toxiques urinaires qualitatifs ou semi-quantitatifs, doivent être utilisés avec beaucoup de prudence et toujours s'inscrire dans le cadre d'un projet de soins.⁴

Favoriser l'adhésion thérapeutique et soutenir la motivation au changement

L'objectif principal pour le professionnel est d'évaluer les risques et dommages liés à la consommation de cannabis, mais également d'amener le sujet à en prendre conscience.

Une approche motivationnelle semble ici particulièrement indiquée.⁸ En effet, cette approche non confrontante vise à augmenter la motivation intrinsèque au changement en favorisant la résolution de ses ambivalences et en abaissant sa résistance au changement. L'approche motivationnelle permet de renforcer l'alliance thérapeutique et la motivation au change-



Organisation du repérage et de l'orientation d'un usage de cannabis
TCC : thérapie comportementale et cognitive.

l'origine de ces perturbations. Mais compte tenu de la prévalence de la consommation de cannabis dans la population adolescente, il est primordial d'aborder cette question.

L'inquiétude de l'entourage est souvent inversement proportionnelle à la non-reconnaissance d'un besoin d'aide de la part de l'adolescent. L'entourage peut donc se retrouver isolé, démuni ou incompetent à intervenir auprès du jeune. La place des intervenants de premier recours est dès lors primordiale afin d'évaluer objectivement la consommation et ses conséquences. Le médecin de premier recours peut également encourager les attitudes d'aide et de soutien de la part de l'entourage, tout en décourageant celles de rejet ou d'exclusion.

Comment prendre en charge et orienter le patient ?

La prise en charge sanitaire et sociale des jeunes usagers de substances psychoactives a été développée ces dernières années par le renforcement du dispositif des consultations jeunes consommateurs. Cependant une faible proportion de patients ayant un usage problématique de cannabis accède à des prises en charge spécialisées. Il n'existe pas à l'heure actuelle de démarche standardisée de repérage et d'orientation de l'usage problématique de cannabis. Plusieurs axes seraient à développer : la formation des professionnels de premier recours au repérage précoce tels que les médecins généralistes, les acteurs de santé scolaire, les éducateurs, mais également les équipes des services d'urgence et les équipes de liaison qui peuvent rencontrer les usagers au décours de complications en lien avec leur consommation. L'articulation entre ces différents dispositifs doit être renforcée par un travail en réseau ainsi qu'en améliorant les connaissances de l'offre de soins locale pour favoriser l'orientation des jeunes les plus en difficulté.

Dans une revue récente,¹⁴ des auteurs ont proposé un schéma d'organisation du repérage et de l'orientation (*v. figure*) des-

ment chez ces jeunes souvent résistants à modifier leurs comportements.

Cette première étape de prise en charge permet d'amener à une réflexion sur les attentes et les alternatives à la consommation de cannabis.^{9, 10}

L'approche de réduction des risques et des dommages est de plus en plus acceptée comme une stratégie à employer auprès des jeunes. Cette approche est en effet davantage axée sur les risques et répercussions de la consommation plutôt que sur cette consommation en tant que telle.

Place de l'entourage

La consommation de cannabis peut être à l'origine de nombreux symptômes (*v. supra*), mais des signes d'appel non spécifiques peuvent aussi orienter les parents vers une consommation de produits : changement de comportement, chute des résultats scolaires, absences répétées à l'école, isolement, irritabilité, abandon des activités habituelles... La période de l'adolescence, source de bouleversements physiques, psychologiques et sociaux, peut ainsi elle-même être à

tiné aux médecins de premier recours.¹⁴

Concernant les prises en charge spécialisées, les principaux outils utilisés et efficaces (selon les études) sont l'intervention brève, les thérapies cognitivo-comportementales et les thérapies familiales.¹¹⁻¹³ Les études réalisées permettent de dégager des pistes intéressantes, mais leur nombre limité et les effectifs souvent faibles ne permettent pas de déterminer les facteurs influençant le rétablissement de ces jeunes. En conséquence, il n'existe pas à l'heure actuelle de démarche standardisée. Or il est nécessaire de pouvoir graduer les réponses en fonction de la sévérité de la situation. Enfin, différents niveaux de prise en charge doivent être proposés (intervention brève, prise en charge spécialisée ambulatoire et/ou résidentielle), qui doivent être adaptés aux spécificités de la période adolescente.

Conclusion

La prise en charge des conduites addictives chez l'adolescent diffère de celle des adultes sur plusieurs points : l'influence des pairs, la plus grande vulnérabilité aux facteurs environnementaux, affectifs ou toxiques, les modalités de

consommation, la fréquence des comorbidités psychiatriques... Les études se portant sur les prises en charge spécifiques de cette tranche d'âge ont été peu nombreuses jusqu'à la dernière décennie mais se multiplient depuis. Il s'en dégage des pistes intéressantes avec une efficacité des approches motivationnelles ainsi que des approches familiales. Mais il est nécessaire de développer la recherche afin, d'une part, de mieux déterminer les facteurs influençant le rétablissement des jeunes patients et, d'autre part, de développer des prises en charge plus

standardisées. Il faut enfin favoriser leur accès aux soins en formant les intervenants de premier recours au repérage de l'usage problématique de cannabis, et améliorer auprès de ces acteurs de premier recours la connaissance de l'offre de soins afin de prévoir leur réorientation lorsqu'elle s'avère nécessaire. •

G. Lafaye déclare n'avoir aucun lien d'intérêts. L. Karila déclare avoir participé à des interventions ponctuelles et avoir été pris en charge à l'occasion de déplacements par les laboratoires sanofi-aventis, BMS, Otsuka, Lundbeck, Gilead, SheringPlough, Euthérapie, Merck Serono, AstraZeneca, Bouchara-Recordati et Reckitt Bensusen Pharmaceuticals.

RÉSUMÉ Comment repérer chez les jeunes adolescents la consommation de cannabis ? Que faire ?

L'adolescence est une grande période de confrontation et d'initiation aux substances psychoactives. Les conduites addictives chez les adolescents constituent, à l'heure actuelle, une préoccupation importante des familles et des pouvoirs publics. La gravité des effets engendrés par une consommation de cannabis, tant sur le plan sanitaire que social, est fonction de l'âge de l'initiation, de la durée de la consommation et du terrain de l'usager. Ces adolescents, souvent non demandeurs de prise en charge, restent un public qui accède difficilement aux soins malgré le développement de l'offre de soins. Il est donc nécessaire de développer un repérage précoce chez les populations vulnérables telles que les jeunes, et de former les acteurs de premier recours aux stratégies de repérage précoce, ainsi que de développer la connaissance du dispositif de soins pour faciliter leur bonne orientation.

SUMMARY How to detect teenagers' cannabis use? What needs to be done?

Adolescence is a period of confrontation and initiation to psychoactive drugs. Teenager's substance disorder remains an important concern for families and public authorities. The seriousness of consequences due to cannabis use, both on the health and social points, depends on the age of first use, the duration of use and the user himself. Teenagers, who do not often request to be taken care, are a population who has difficulty to access to medical treatment, even if the offer of medical treatment has increased. It is necessary to develop an early detection among vulnerable populations like teenagers, to train first aid operators to early detection strategies, as well as to increase the knowledge of the care system to improve teenagers' orientation in the care system.

RÉFÉRENCES

1. Phan O, Corcos M, Girardon N, Nezelot S, Jeammet P. Abus et dépendance au cannabis à l'adolescence. EMC Psychiatrie 2005;2:207-24.
2. Beck F, Guignard R, Obradovic I, Gautier A, Karila L. Le développement du repérage des pratiques d'addiction en médecine générale en France. Rev Épidémiol Santé Publique 2011;59:285-94.
3. Couteron JP, Santucci JJ. L'intervention précoce: Pourquoi et comment? ADSP 2007;60:49-54.
4. Delille JM. Usages du cannabis: Repérage et évaluation des facteurs de gravité. Rev Prat 2005;55:51-63.
5. Reynaud M, Benyamina A. Addiction au cannabis. Paris: Flammarion 2009.
6. Kilpatrick DG, Acierno R, Saunders B, Resnick HS, Best CL, Schnurr PP. Risk factors for adolescent substance abuse and dependence: Data from a national sample. J Consult Clin Psychol 2000;68:19-30.
7. Obradovic I. Guide pratique des principaux outils de repérage de l'usage problématique de cannabis chez les adolescents. Paris: OFDT/Fédération Addiction 2013.
8. Streel E, Chinnet L. Cannabis, Approches thérapeutiques contemporaines. Bruxelles: De Boeck, 2008.
9. Copeland J, Frewen A, Elkins K. Management of cannabis use disorder and related issues. A clinician's guide. National Cannabis Prevention and Information Centre, 2009. <http://ncpic.org.au/ncpic/news/ncpic-news/article/management-of-cannabis-use-disorder-and-related-issues-a-clinicians-guide>
10. McCambridge J, Strang J. The efficacy of single-session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug-related risk and harm among young people: results from a multi-site cluster randomised trial. Addiction 2006;99:39-52.
11. Williams RG, Chang SY. A comprehensive and comparative review of adolescent substance abuse treatment outcome. Clin Psycho 2000;7:138-66.
12. Tanner-Smith EE, Wilson SJ, Lipsey MW. The comparative effectiveness of outpatient treatment for adolescent substance abuse: A meta-analysis. J Subst Abuse Treat 2013;44:145-58.
13. Waldron HB, Turner CW. Evidence based psychosocial treatments for adolescent substance abuse. J Clin Child Adolesc Psychol 2008;37:238-61.
14. Winstock AR, Ford C, Witton J. Assessment and management of cannabis use disorders in primary care. BMJ 2010;340:c1571.